26754 N.15

Lane Medical Library

Ueber das gestielte Scheidenhämatom der Schwangeren.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG DER

MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

AM 13. MAERZ 1900

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Bruno Landau

aus Berlin.

OPPONENTEN:

Hr. Dr. med. Rudolf Riegner.
- prakt. Arzt Moritz Rappaport.
- cand. med. Robert Blumenreich.

Berlin.

Druck von E. Ebering.

Mittelstrasse 29.

In seinem klassischen Werke über die krankhaften Geschwülste teilt Virchow die Hämatome in drei Klassen ein: solche, welche in besonderen Höhlen oder Säcken liegen und demnach in Form einer Balggeschwulst auftreten; andere, die mehr in die Teile infiltriert und somit gleichmässig zwischen den Gewebsbestandteilen verbreitet sind; endlich solche, die völlig freiliegen und demzufolge von keiner besonderen Haut- oder Gewebsschicht bekleidet sind.

Alle Hämatome, welche bis dahin beobachtet waren, liessen sich ohne Schwierigkeit in dieses Schema einordnen und, wenn irgendwo, so schien gerade hier bei der Häufigkeit von Blutgeschwülsten eine völlige Kodifikation der vorkommenden Bildungen erreicht zu sein.

Allein im Jahre 1876 veröffentlichte Fehling eine merkwürdige Beobachtung, die sich wenigstens zunächst der Virchow'schen Einteilung nicht recht fügen will; er beschrieb nämlich eine Blutgeschwulst, die er mit dem Namen eines Haematoma polyposum vaginae belegte. Zwar stand dieser Fall zuerst nur vereinzelt da und schien mehr ein gynäkologisches Kuriosum als eine gesetzmässige Affektion darzubieten; indes sind im Laufe der Jahre von den verschiedensten

Seiten bereits elf weitere Veröffentlichungen ähnlicher Beobachtungen erfolgt.

Zwei neue Fälle, welche auf der gynäkologischen Station der hiesigen Charité zur Behandlung kamen und in Folgendem auch beschrieben werden sollen, würden die Zahl der Veröffentlichungen erst auf dreizehn bringen, und es möchte vielleicht als ein Akt voreiliger Induktion erscheinen, wollte man aus einer verhältnismässig so geringen Anzahl von Beobachtungen eine allgemein gültige Pathologie der in Rede stehenden Bildungen abstrahieren.

Diesen scheinbaren Verstoss degen die Grundsätze der naturwissenschaftlichen Forschungsmethode wird man alsbald begründet finden, wenn man auch nur zwei oder drei derartige Fälle durchzulesen Gelegenheit nimmt. Denn es zeigt sich dabei in sinnfälliger Weise, was schon Auvard mit vollem Recht hervorhob, eine so frappante Uebereinstimmung in allen wesentlichen Punkten, ja selbst in vielen kleinen Einzelheiten, dass man mit Fug den Schluss machen kann: hier handelt es sich um eine typische Erscheinung, die nicht erst aus der Vielheit der Beobachtungen extrahiert zu werden braucht, sondern schon in jedem Einzelfalle an sich zu einem guten Teile zum Ausdruck gelangt.

Ehe wir denn zu der allgemeinen Betrachtung des gestielten Scheidenhämatoms, wie wir es mit Reich in klarer und einfacher Weise nennen wollen, übergehen, werden wir zuvörderst über den ersten der beiden Fälle, die zur Anfertigung vorliegender Arbeit

Gelegenheit gaben, in Kürze berichten. Der andere Fall, welcher nicht so völlig klar liegt, soll hinterher zur Besprechung gelangen, da aus der allgemeinen Geschichte der fraglichen Bildungen einiges Licht auf ihn fallen dürfte.

Der erste Fall ist folgender: Am 24. November 1899 kam die 27jährige Arbeiterfrau K. in das Krankenhaus, weil sich am Vormittag desselben Tages, als sich die Patientin während der Arbeit hinsetzte, plötzlich ein Scheidenvorfall bemerkbar machte, der von einer leichten Blutung begleitet war. Die Patientin will bis dahin niemals etwas von einem Vorfall gespürt haben und führt die Affektion auf ein Ausgleiten zurück. Seit Juni glaubt sie schwanger zu sein und giebt an, seit 6 Wochen Kindsbewegungen zu fühlen. Bis zum genannten Tage sei die Schwangerschaft ohne Beschwerden verlaufen.

Die Patientin hat niemals abortiert, vor $1^1/_2$ Jahren hat sie angeblich eine leichte Entbindung mit gutem Wochenbett durchgemacht. Die Menses waren regelmässig seit dem 16. Jahre aufgetreten, die letzte Regel fand Mitte Mai statt.

Die Patientin ist eine gesund aussehende, kräftig gebaute Frau. Die inneren Organe, insbesondere die Nieren, bieten keinerlei pathologischen Befund dar.

Der Fundus uteri steht 3 Querfinger breit über dem Nabel. Die Besichtigung der äusseren Genitalien zeigt, dass ein bis zum Sphincter ani reichender

Dammriss besteht. Die Schleimhaut der Vagina lässt die charakteristische Weinhefefärbung erkennen.

Beim Pressen kommt aus der Vaginalöffnung ein dunkelblaurot bis schwärzlich gefärbter Tumor von festweicher Konsistenz und der Grösse eines Hühnereis vor der Schamspalte zu Tage. Mittels eines etwa fingerdicken und 3 cm langen Stiels ist die Geschwulst an der hinteren Vaginalwand befestigt.

Nach einigen Tagen wird der Tumor operativ entfernt, die Wundfläche mit Nähten geschlossen. Der Verlauf ist fieberfrei. Einige weitere Tage darauf werden die Nähte herausgenommen. Am 11. Tage nach der Operation steht die Patientin auf, zwei Tage danach wird sie völlig geheilt entlassen.

Dem konkreten Fall mag nun die allgemeine Betrachtung des gestielten Scheidenhämatoms folgen.

Der Bereich, in dem die seltene Affektion vorkommt, ist eng umschrieben: sie ist nur bei Schwangeren zur Beobachtung gelangt. Aber nicht jede Gravidität der Mehrgeschwängerten und nicht alle Zeiten ein- und derselben Gravidität sind in gleichem Masse beteiligt. Vorzugsweise werden Erstgeschwängerte, selten Zweitgeschwängerte und niemals Mehrgeschwängerte betroffen. In den ersten 4 Monaten der Gravidität ist das Leiden nicht beobachtet worden, auch der 10. Monat scheint Immunität zu bieten. Merkwürdig nimmt sich die Thatsache aus, dass die Monate Oktober bis Dezember in auffälliger Weise bevorzugt sind.

Die Patientinnen, im Alter von 20—30 Jahren

stehend, gehören den arbeitenden Klassen an. Sie sind wie öfter besonders hervorgehoben wird, durchaus kräftig gebaut und im übrigen völlig gesund. Fast ausnahmslos sind sie auch früher immer gesund gewesen, haben insbesondere nicht an Affektionen der Genitalorgane gelitten, und waren stets regelmässig menstruiert. Die vorhandene Schwangerschaft ist bis zum Auftreten der Affektion von allen gröberen Störungen freigeblieben. Oedeme sind nicht aufgetreten, nur Varicen haben sich wie bei anderen Schwangeren ein und das andere Mal im mässigem Grade eingestellt.

Bei den beiden Zweitgeschwängerten, die von dem Hämatom befallen waren, hatte die erste Schwangerschaft einen normalen Verlauf genommen, die Geburt war spontan vor sich gegangen, das Wochenbett ungestört geblieben. Jedoch fand sich in beiden Fällen die Narbe eines per secundam geheilten Dammrisses.

Dem Auftreten der Geschwulst gehen keine Prodrome voran: ganz plötzlich tritt eine Genitalblutung ein und zugleich das schmerzhafte Gefühl, als dränge sich etwas aus der Vulva heraus. Die Blutung ist meist eine nur mässige, bei heftigen Anstrengungen der Bauchpresse kann sie beträchtlicher werden, ruft aber niemals alarmierende Symptome akuter Anämie hervor. Tumor und Blutung sind demnach die beiden Kardinalsymptome des auftretenden Scheidenhämatoms.

Eine Ursache für die Affektion wissen die Frauen oft genug garnicht anzugeben; in anderen Fällen lässt sich das Tragen einer schweren Last, hastiges Laufen, eine ungeschickte Bewegung der Beine verantwortlich machen. Eine direkt wirkende Gewalt wird nur bei einer einzigen Beobachtung erwähnt. Queirel nämlich erzählt von einer Frau, die nach einem stürmisch ausgeführten Coitus, dem eine heftige häusliche Szene vorangegangen war, starken Schmerz im Unterleibe verspürte und alsbald Geschwulst und Blutung bemerkte.

Der objektive Befund ist etwa folgender: Aus der Vulva drängt sich besonders beim Pressen ein dunkelroter, blauroter oder schwärzlicher Tumor hervor. Seine Grösse schwankt gewöhnlich zwischen der Grösse einer Wallnuss und der eines Gänseeis. Die Oberfläche ist mit Vaginalschleimhaut überkleidet, die jedoch je nach der seit Auftreten der Geschwulst verflossenen Frist entweder nur ihren normalen Glanz verloren und sich mehr oder minder gerunzelt hat oder bereits stellenweise am peripheren Ende des Tumors in Gangrän übergegangen ist und sich hier und da abzulösen beginnt. Die Geschwulst ist weder an sich noch bei Berührung schmerzhaft; die Konsistenz kann alle Grade besitzen: ist das Blut zum grossem Teile noch flüssig, so zeigt sich Fluktuation; späterhin bei fortschreitender Gerinnung wird die Konsistenz teigig und es lässt sich das Zeichen des Schneeknirschens hervorrufen; schliesslich nach der Resorption des Blut-

serums bietet die Geschwulst die Härte eines fibrösen Gebildes dar.

Der Tumor ist beweglich, lässt sich leicht in die Vagina reponieren, fällt aber ebenso leicht wieder vor. Dies Verhalten ist zu begreifen, wenn wir das wesentliche Charakteristikum der Geschwulst, nämlich ihre Gestalt, in Betracht ziehen. Der Tumor ist am peripheren Ende etwa halbkuglig, nach der Insertion zu wird er cylindrisch und verjüngt sich schliesslich zu einem deutlichen Stiel, der gewöhnlich 1—5 cm lang und $1^1/_2$—2 cm breit ist. Stets ist dieser in der Mittellinie der hinteren Vaginalwand inseriert. Die untere Grenze der Insertion ist nur 1—2 cm von der hinteren Kommissur entfernt.

Die Form des Stieles hat, wenn man den Querschnitt ins Auge fast, zwei Varianten, welche uns zwei Unterarten des gestielten Scheidenhämatoms unterscheiden lässt: solche mit rundem und solche mit länglichem Stiel; im letzteren Falle steigt die Insertionslinie von der erwähnten unteren Grenze auf der Höhe der Columna rugarum posterior 5—6 cm aufwärts, um in einiger Entfernung von der Portio halt zu machen.

Was die Beziehungen der Geschwulst zu den Nachbarorganen anlangt, so zeigt die Rektaluntersuchung, dass die Wand des Mastdarms weder einnoch ausgestülpt ist, ebenso lässt sich durch die kombinierte Rektovaginaluntersuchung der Nachweis führen,

dass das Bindegewebe zwischen Rektum und Vagina vollkommen unbeteiligt ist.

Die weitere Symptomatologie der Geschwulst bietet keinerlei auffallende Erscheinungen. Wie die übrigen gestielten Bildungen der Scheide verursacht sie Drängen nach unten und ihrer Grösse entsprechend mehr oder weniger heftige Beschwerden beim Harnlassen und der Defäkation. Wehen treten nicht ein und die Gravidität bleibt ungestört. Nur in dem Falle von Grosser stellten sich alsbald Wehen ein, die sich auf die Dauer nicht stillen liessen und schliesslich den Abort herbeiführten. Aber hier darf man wohl mit grösserem Recht den heftigen Schreck verantwortlich machen, der die Patientin beim Ausbruch eines Zimmerbrandes traf und sie bewusstlos zusammensinken liess.

Ist die erste Attake vorüber, so verkleinert sich besonders bei Bettruhe die Geschwulst durch Resorption; ein Teil der Bildung aber verfällt stets nach Mortifikation der bedeckenden Schleimhaut, unter der das geronnene Blut zum Vorschein kommt, der Gangrän und stösst sich ab. Die zurückbleibende granulierende Fläche vernarbt schnell und in 8—14 Tagen ist die Heilung ohne Fiebersteigerung vollendet. Geht die Patientin aber ihrer gewohnten Beschäftigung nach, so verkleinert sich die Geschwulst wenig oder garnicht, und es treten zeitweise geringe Blutungen ein. Der Ausgang der Affektion in Abscedierung ist niemals beobachtet worden.

Vergleichen wir nun mit dem Bilde, welches wir uns von den wesentlichen Merkmalen und der klinischen Geschichte des gestielten Scheidenhämatoms entworfen haben, den zweiten unserer beiden Fälle, um zu sehen, ob eine hinreichende Aehnlichkeit zu erkennen ist.

Die 21jährige Aufwärterin Ko. bekam am 21. Dezember 1898 plötzlich heftige Schmerzen im Unterleibe, wobei sie die Empfindung hatte, als fiele etwas vor die Genitalöffnung. Am Abend hatte die Patientin eine starke Blutung. Sie ruhte in den nächsten Tagen, verlor aber immer noch Blut, wenn auch in sehr geringen Mengen.

Die Patientin hatte die Menses seit dem 14. Lebensjahr, sie waren regelmässig und ohne besondere Beschwerden. Seit Anfang August cessierten sie und die Patientin hielt sich für schwanger. Sie war immer gesund gewesen und hatte auch in der vorhandenen Schwangerschaft keinerlei Klagen. Sie hatte niemals abortiert, niemals geboren.

Die Patientin kommt am 27. Dezember auf die gynäkologische Station. Sie ist ein mittelgrosses, kräftig gebautes Mädchen. Die inneren Organe weisen nichts Pathologisches auf.

Der Fundus uteri steht fingerbreit oberhalb des Nabels. In der Vagina an der hinteren Wand mehr nach links gelegen findet sich eine kammartige, daumenlange und daumenstarke Geschwulstmasse von dunkelroter Farbe, die in Gangrän übergegangen ist. Dahinter kommt man auf die Portio, mit welcher der

Tumor nicht in Verbindung steht. Der Muttermund ist geschlossen.

Am nächsten Tage soll der Tumor entfernt werden; aber schon bei der Desinfektion der Scheide reisst der grösste Teil der Geschwulstmasse ab. Der Rest wird abgetragen. Die seitlichen Wundränder werden vernäht. Nach 10 Tagen fieberlosen Verlaufes ist die Wunde völlig vernarbt. Die Patientin, deren Gravidität ungestört geblieben ist, wird geheilt entlassen.

In der That wird man hier unschwer sämtliche wesentlichen Charaktere der beschriebenen Scheidenhämatome finden und wir dürfen wohl mit Recht diesen Fall in die Unterart der Scheidenhämatome mit länglichem Stiel einreihen, wenngleich sich die Geschwulst auch bei der Aufnahme des Befundes schon wesentlich verkleinert hatte.[1]

Es lohnt sich wohl der Mühe, den Vergleich mit dem gewonnenen Krankheitsbilde auch auf zwei andere in der Literatur vorhandene Fälle auszudehnen, zu welchen eine naheliegende Vermutung führt. Es hat

---

1. Durchaus bestätigt wird diese Annahme durch eine mir nachträglich gemachte Mitteilung von Seiten des Herrn Prof. Nagel, welcher die Patientin schon am dritten Tage nach Auftreten der Geschwulst zu untersuchen Gelegenheit hatte. Es fand sich dabei eine aus der Vulva hervorragende dunkelrote Geschwulst von Gänseeigrösse, deren verjüngte Insertionsbasis an der hinteren Wand bis nahe an die Portio hinauflief. Rektum und rektovaginales Bindegewebe waren nachweislich unbeteiligt.

nämlich einige Wahrscheinlichkeit für sich, dass bereits von Fehlings Veröffentlichung Fälle von gestieltem Scheidenhämatom beobachtet worden sind, die mangels eines Analogons in ihrem Wesen nicht erkannt und unter die Rubrik der Vaginalpolypen eingeordnet wurden. Beide Beobachtungen sind von M'Clintock im Dublin Quart. Journ. of Med. Sc. Vol. XXXIII, 1862 S. 217 veröffentlicht.

Der erste Fall ist in den wesentlichen Punkten der folgende: Eine grosse gesunde Frau von 23 Jahren im 7. Monat der ersten Schwangerschaft fühlte plötzlich beim Laufen etwas aus der Vulva vorfallen. Bis dahin hatte die Patientin nichts von einer Geschwulst an ihren Genitalien gewusst. Es fand sich ein derber, fleischiger Tumor von tiefroter Farbe, der aus dem Ostium vaginae hervorragte und an der hinteren Scheidenwand mittels eines platten Stiels, der etwa in der Mitte aufwärts lief, befestigt war. Der Tumor war beträchtlich grösser als ein Hühnerei, schmerzlos und blutete nicht bei Betastung. Der weitere Verlauf der Geschwulst lässt sich nicht zum Vergleich heranziehen, weil zur Entfernung des Tumors eine Ligatur angelegt wurde. Die Gravidität blieb ungestört. Die Geburt verlief glatt, das Wochenbett war gut.

Der andere Fall liegt so: Bei einer 24jährigen Frau, im letzten Monat der zweiten Schwangerschaft, war am Tage vor ihrer Aufnahme ins Hospital eine Geschwulst vor der Vulva erschienen, von deren Vorhandensein die Patientin bis dahin keine Ahnung hatte.

Der Tumor hatte die Grösse eines kleinen Hühnereis und war von tiefroter Farbe. Er stand mittels eines Stieles mit der hinteren Vaginalwand in Verbindung. Nach einigen Tagen hatte der Tumor beträchtlich an Grösse verloren und war in die Vagina zurückgetreten, aus der er sich jedoch leicht herabbringen liess. Es bestand etwas fötider, blutiger Ausfluss, der erst nach der Aufnahme aufgetreten war. Der Tumor war jetzt erweicht, von schwarzer Farbe und teilweise mortifiziert. Er wurde mit dem Ecraseur entfernt.

Die Patientin kam 14 Tage später mit Zwillingen nieder, woraus sich übrigens nachträglich der Schluss machen lässt, dass sie wohl noch nicht im 10. Monat der Schwangerschaft gewesen war, als die Affektion auftrat. Sie starb alsbald an septischer Endometritis. Die Wunde in der Vagina war nicht geheilt, sondern stellte ein flaches Ulcus dar.

Wiewohl, besonders im ersten Fall, das gewöhnliche Symptom der Blutung nicht erwähnt ist, kann man sich doch wohl kaum dem Eindruck verschliessen, dass es sich hier beide Male um Tumoren der fraglichen Art gehandelt hat, von denen der erste mit länglichem, der zweite mit rundem Stiel versehen war. Wie sollte man sich auch sonst das plötzliche Auftreten der Geschwulst von der charakteristischen Form und unter den charakteristischen Umständen erklären? Und darf man etwa mit M'Clintock die Annahme machen, dass die so schnell eingetretene Mortifikation des Tumors in dem zweiten Falle dem Druck des Sphincter vaginae zuzuschreiben ist?

Um nach dieser Abschweifung in die Kasuistik wieder zur klinischen Betrachtung der gestielten Scheidenhämatome zurückzukehren, so wäre zunächst der Diagnose zu gedenken.

Das plötzliche, häufig scheinbar spontane Erscheinen des Tumors in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft, seine dunkelrote bis schwärzliche Farbe, der Abgang von Blut, die eigentümliche Form der Geschwulst, die Insertion an der hinteren Vaginalwand, der baldige Eintritt teilweiser Resorption und teilweiser Gangrän, all' das sind so charakteristische Merkmale, dass die Diagnose der Affektion durchaus leicht zu stellen ist.

Die gestielten Fibrome und Fibromyome der Vagina, mit denen infolge der Gleichheit der Form eine Verwechslung möglich wäre, wachsen nur langsam und lassen den Anfang der Beschwerden nicht auf einen bestimmten Zeitpunkt fixieren. In ihrem Auftreten sind sie ganz und gar nicht an die Gravidität gebunden, sondern stellen nur zufällige Komplikationen mit ihr dar. Ihre Farbe ist ein helleres und lebendigeres Rot. Sie führen in der Regel keine Blutungen herbei. Ihr Sitz ist nicht ausschliesslich einer bestimmten Wand der Scheide eigentümlich, vorzugsweise aber kommen sie gerade an der vorderen Scheidenwand vor. Die gewöhnliche Veränderung, die sie erleiden, ist die ödematöse Durchtränkung; sind sie aber vorgefallen, so exulcerieren sie nur sehr langsam.

Der gynäkologischen Differentialdiagnose steht die geburtshilfliche gegenüber. Die betroffenen Personen,

zumal die unerfahrenen Primigravidae, glauben, dass ein Abort oder die Geburt beginne, die Hebamme hält den Tumor für den Kopf des Kindes, der ausserordentlich grosse und langgestielte Tumor des Reich'schen Falles wurde für eine vor der Geburt des Kindes vorgefallene Placenta angesehen; endlich wird die Blutung leicht als ein Symptom der Placenta praevia betrachtet.

Gegen alle diese Fehlschlüsse, zumal gegen Placenta praevia, schützt die genaue Untersuchung, welche alsbald das Vorhandensein und Wesen der Geschwulst aufklärt. Der geschlossene Muttermund zudem beweist, dass die Geburt noch garnicht begonnen hat.

Die Prognose des gestielten Scheidenhämatoms wäre nach drei Richtungen hin zu stellen: hinsichtlich der Scheidenaffektion selbst, hinsichtlich des Einflusses auf die bestehende Gravidität und endlich hinsichtlich des Verlaufes von Geburt und Wochenbett.

Bei geeigneter Therapie, ja schon bei einfacher Ruhe geht die Heilung der Scheidenwunde nach Entfernung oder Abstossung des Tumors glatt von statten. Die Schwangerschaft bleibt durch Bildung und Verlauf des Tumors völlig ungestört. Auch die therapeutischen Eingriffe sind in dieser Hinsicht durchaus indifferent. Die zurückbleibende Narbe bildet bei der Geburt keinen locus minoris resistentiae. Auch ist keineswegs, wie man vielleicht vermuten könnte, bei den betroffenen Personen die Neigung zur Entstehung von Haematomen der Vagina oder Vulva unter der Geburt und im

Wochenbett vorhanden. Die Prognose ist demnach in jeder Hinsicht eine günstige zu nennen.

Für die Behandlung der Affektion wird der prophylaktische Grundsatz von Bedeutung sein, dass wir gerade von den Genitalorganen der Schwangeren alle nekrotischen Materialien als Träger infektiöser Keime fernzuhalten haben. Bei der ausnahmslos eintretenden partiellen Gangrän der Geschwulst wird daher im Prinzip die Exstirpation des Tumors mit nachfolgender Naht der Insertionsränder angezeigt sein. Peinliche Antiseptis ist dem erwähnten Grundsatze nach von grösster Bedeutung.

Daneben mag bei kleineren Tumoren, zumal wenn der Termin der Geburt noch mehr als einen Monat entfernt ist, ein zuwartendes Verhalten unter Anwendung desinfizierender Vaginalspülungen als ausreichend gelten.

In beiden Fällen wird man jedoch die Patientinnen Bettruhe halten lassen; zweckmässig ist dabei die Lage mit geschlossenen Schenkeln. Zu warnen sind die Frauen, während des Verlaufs der Heilung die Bauchpresse in erheblichem Masse in Thätigkeit zu setzen.

Die klinische Betrachtung des gestielten Scheidenhämatoms, die wir hinsichtlich des Verlaufs der Affektion, ihrer Symptome, der Diagnose, der Prognose und der Therapie durchgeführt haben, wäre unvollständig, wollten wir es unterlassen, die ätiologischen Beziehungen klarzulegen. Gerade diese Geschwulst

mit ihren merkwürdigen Eigenschaften regt ein ganzes Heer von Fragen an: Warum ist das gestielte Scheidenhämatom so selten? Warum ist es nur bei Schwangeren, warum nur bei Erst- und Zweitgeschwängerten, warum nur in der zweiten Hälfe der Schwangerschaft zu finden? Wie erklärt sich die scheinbare Spontaneität oder wenigstens unbedeutende Ursache der Geschwulst? Wie der baldige Eintritt der Gangrän? Wie vor allem ist Sitz und Form der Bildung, sowie das Freibleiben des Rektovaginalseptums zu begreifen?

Auf alle diese Fragen müsste eine vollkommene Theorie des gestielten Scheidenhämatoms Antwort geben können. Sehen wir denn zu, wie sich diejenigen Beobachter, die dem Kausalitätsprinzip ihren Tribut zollen, mit allen Schwierigkeiten abgefunden haben.

Queirel, welcher, wie es scheint, den Zusammenhang mit der Schwangerschaft nicht für gesetzmässig erachtet, argumentiert so: Die venösen Netze um die Vagina sind besonders am unteren Ende stark entwickelt, in der Mittellinie anastomosieren Arterien und Venen der einen mit denen der anderen Seite. Die Vagina ist zudem in der Mittellinie am engsten. Was Wunder also, wenn nach einem stürmischen Coitus, wie in seinem Falle, eine Blutgeschwulst gerade auf der Mittellinie nahe der Vaginalöffnung erscheint, zumal diese Gegend doch die am meisten exponierte ist.

Erklärt wäre allenfalls der Sitz der Geschwulst, auch die Enge der Vagina bei Erstgeschwängerten

würde für die bezügliche Frage zur Antwort herbeizuziehen sein.

Keine Erklärung fände dagegen die Form der Geschwulst, das Freibleiben des Rektovaginalseptums, keine Erklärung vor allem die ausserordentliche Seltenheit der Geschwulst. Denn wenn Queirel für die Aetiologie der Geschwulst normale anatomische Verhältnisse und eine überaus häufige Gelegenheitsursache verantwortlich macht, müsste er sich auch den Schluss gefallen lassen, dass die Bildung ebenso oft zu finden wäre, wie sie in Wirklichkeit selten ist.

Der stürmische Coitus, der übrigens in den anderen Fällen niemals erwähnt ist, verursacht in der Regel auch gar keine isolierten Blutgeschwülste der Scheide, sondern lediglich Zerreissungen derselben. Wir können deshalb nur annehmen, dass der Coitus einmal die Gelegenheitsursache zum Auftreten des gestielten Scheidenhämatoms abgeben kann, niemals aber ist die merkwürdige Bildung in dieser Weise allein zu erklären.

Anderson zieht für die aetiologische Frage die Gewebsauflockerung und Gefässektasie in der Scheide der Schwangeren heran. Aus der strangartigen Beschaffenheit des Stils in seinem Falle schliesst er, dass die gestielte Form der Geschwulst mit den Varikositäten in irgend einem Zusammenhange stehe.

Damit wäre auch wohl erklärt, warum die Bildung nur bei Schwangeren und gerade in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft vorkommt.

Aber den angegeben Verhältnissen nach müsste

sie häufiger bei Mehrgeschwängerten als bei Erstgeschwängerten zu finden sein, der Sitz der Geschwulst müsste überall in der Scheide sein, wo Varikositäten vorhanden sind, zudem ist auch hier die Seltenheit des Tumors ein gewichtiger Gegengrund, abgesehen davon, dass sich Varikositäten bei weitem nicht in allen Fällen haben beobachten lassen.

Nur die Gewebsauflockerung, welche während der Schwangerschaft in der Scheide stattfindet, muss wohl für die Stielbildung als begünstigendes Moment herangezogen werden.

Reich, dem das Typische der Affektion noch nicht bekannt war, da sein Fall erst der zweite war, nahm bei seiner Patientin als aetiologisches Moment den gesteigerten abdominalen Druck beim Tragen einer schweren Last auf dem Kopfe und der dadurch bedingten Körperhaltung an. Eine venöse Blutung habe zunächst zur Bildung einer Geschwulst in der Scheidenwand geführt, die Wirkung der Bauchpresse habe dann den Tumor zur Vulva herabgedrängt, infolge Aufhebung des Parallelismus zwischen Venenöffnung und Oeffnung der Scheidenschleimhaut ergoss sich das Blut noch weiter in das vorgewulstete Gewebe und die Geschwulst wurde zu einem mit Coagulis gefüllten Sack, der vermöge seiner Schwere die schlaffe Scheidenschleimhaut nach sich zog.

Einigermassen erklärt würde durch die Reich'sche Annahme der Sitz der Geschwulst an der hinteren Wand, da die Wirkung der Bauchpresse sich hier

infolge des tiefen Cavum Douglasi posetrius offenbar viel weiter nach unten erstrecken kann als bei der vorderen Wand, die, zumal bei Schwangeren, der direkten Einwirkung der Bauchpresse fast vollständig entzogen ist.

Gut begreifen liesse sich auch das Vorkommen der Affektion vorzugsweise bei Primigravidae, weil gerade hier die Bauchdecken noch straff sind und die Wirkung der Bauchpresse eine energische sein kann.

Aber gleichwohl lässt sich die Reich'sche Erklärung nicht verallgemeinern. Denn abgesehen davon, dass eine heftige Anstrengung der Bauchpresse nicht in allen Fällen voranging, ferner, dass man füglich zweifeln kann, ob das perivaginale Bindegewebe unter den erwähnten Bedingungen frei bleiben müsste, ist auch hier der bereits zweimal erhobene Einwand entscheidend, dass die Geschwulst gar so spärlich beobachtet worden ist, während sie nach der Reich'schen Darlegung oft genug vorkommen sollte.

Jedenfalls wird man der Bauchpresse eine accidentelle Bedeutung in einzelnen Fällen nicht absprechen dürfen.

Budin war es nun, der gestützt auf einen aus der Breiskyschen Klinik von Johannovsky veröffentlichten Fall und auf Grund einer eigenen Beobachtung es unternahm, zur Erklärung der Geschwulst nicht mehr auf mehr oder minder häufige und normale Ursachen zurückzugreifen, sondern eine seltene Bildungsanomalie der Scheide heranzuziehen. Johannovsky hatte den Weg durch den Titel seiner Veröffentlichung: „Haema-

toma septi vaginalis rudimentarii bei einer Schwangeren im 5. Monat“ vorgeschrieben und Budin verallgemeinerte diese Erklärung.

Es findet sich nämlich bei manchen Frauen auf der Höhe der Columna rugarum eine längliche Hervorragung, die den Rest des nicht völlig rückgebildeten, zwischen beiden Müller'schen Gängen befindlichen Septums darstellt. In diese Leiste findet nach Budin die Blutung statt.

Eine wesentliche Stütze hat diese Hypothese durch die einzige bisher angestellte pathologisch anatomische Untersuchung des Tumors von Seiten Grosser's gefunden. Dass sich in der That die Blutung in ein präformiertes Gebilde der gedachten Art ergiesst, wird aus dem Befunde völlig klar: Auf dem Querschnitt zeigte sich nämlich ein von der Insertionsfläche in das Centrum pyramidenartig vorspringender Gewebszapfen von gelbrötlicher Farbe und ziemlich derber, fibröser Beschaffenheit, von welchem aus zur Peripherie feine Gewebsbalken zogen. Zwischen letzteren befanden sich zahlreiche mit geronnenem Blute gefüllte Lakunen. Die hämorrhagischen peripheren Partien verhielten sich an Ausdehnung zu den centralen wie zwei zu eins. Denkt man sich aus dieser Bildung, die nachweislich keine Cyste war und auch keine eigentlichen Geschwulstmassen enthielt, das eingelagerte Blut fort, so schrumpft sie in der Tat zu der gedachten Leiste zusammen.

Die pathologisch anatomische Untersuchung unserer

Tumoren zeigte ein durchaus ähnliches Bild. Insbesondere war das bindegewebige Netz, in dessen Maschen die Blutkörperchen deutlich lagen, ausgeprägt.

Durch die Budin'sche Hypothese lassen sich nun in der That die wesentlichsten Merkmale der fraglichen Tumoren begreiflich finden. Die Seltenheit der Bildung, das Freibleiben des Rektovaginalseptums, die Form, der Sitz in der Mittellinie ist ohne weiteres verständlich; die schnell eintretende Gangrän verdankt ihre Entstehung der Ueberdehnung der an sich schmalen Leiste durch die Menge des Blutes. Wenn auch hier, was noch zu erweisen wäre, Schwangere besonders disponiert sind, so hätte die Thatsache, dass es vorzugsweise Erstgeschwängerte sind, einen bequemen Erklärungsgrund darin, dass es natürlich bei der ersten Gelegenheit, und die erste Schwangerschaft würde diese darstellen, zur Bildung der Geschwulst kommen muss.

Die scheinbare Spontaneität des Tumors freilich, das alleinige Vorkommen bei Schwangeren und der ausschliessliche Sitz an der hinteren Wand bedürfen noch der Deutung. Für den zweiten Punkt lässt sich wohl die Gewebsauflockerung verantwortlich machen, für den dritten der Umstand, dass die vordere Vaginalwand besonders in ihrem unteren Teil eine festere Verbindung mit der Unterlage hat und, wie oben erwähnt, der Wirkung der Bauchpresse weit weniger unterliegt als die Hinterwand. Dass die Veränderungen der Scheide in der Schwangerschaft allmählich auch den Rest des Septums lockern, so dass es nur einer kleinen

Ursache bedarf, dessen Wände vollends auseinanderzureissen, ist möglich und würde allenfalls die Spontaneität plausibel machen. Eine sichere Erklärung hinsichtlich der drei letzten Punkte aber ist bis jetzt nicht gegeben.

Grosser erhebt gegen Budins Hypothese den Einwand, dass sie nur für die längsgestielten, nicht aber für die rundgestielten Tumore gelte. Indes, wenn man bedenkt, dass in der Vagina als Reste des Müller'schen Septums einfache strangartige Brücken zwischen vorderer und hinterer Wand vorkommen, wird man es auch begreiflich finden, dass sich auf der Columna rugarum auch kleinere umschriebene Reste des Septums erhalten, die rundgestielten Hämatomen zum Ursprung dienen.

Anderson wendet ein, dass in seinem Falle nach der Heilung keine leistenförmige Narbe zurückgeblieben sei, indes ist dies auch nach der Genese der Geschwulst nicht zu erwarten, da gerade durch die Gangrän die Schleimhaut, welche die Duplicatur der Leiste gebildet hat, zu Grunde geht.

Queirel endlich wundert sich, dass fast immer die Geschwulst im unteren Teile der Vagina inseriere, wo sich doch die Müller'schen Kanäle zuerst aneinanderlegen. Jedoch trifft die Voraussetzung, die Queirel dabei im stillen macht, dass nämlich auch das Verschwinden des Septums von unten nach oben erfolge, keineswegs zu. Die Entwicklungsgeschichte lehrt vielmehr, dass die Rückbildung des Septums an

der Grenze von Uterus und Vagina beginnt und von hier nach oben und unten fortschreitet. Gerade am unteren Ende der Scheide werden also noch am leichtesten Reste des Septums erhalten bleiben; diese Thatsache redet demnach der Budin'schen Hypothese erst recht das Wort.

Kein Zweifel also, dass dieser Erklärungsversuch das Wesen der Sache trifft, wenn auch in einigen Beziehungen nach andere Momente, die bis jetzt nicht sicher bekannt sind, herangezogen werden müssen.

Wollten wir nun zum Schlusse den Versuch machen, die Geschwulst in das Virchow'sche Schema einzuordnen, so würden wir sie wohl mit vollem Recht die Reihe derjenigen Bildungen angliedern, bei denen das ergossene Blut in besonderen Höhlen oder Säcken liegt; hinzuzufügen wäre nur, dass der Sack ein trabeculäres System fibröser Stränge enthält und dass dieses Hämatom nicht in Form einer Balg-, sondern einer gestielten Geschwulst auftritt.

Jedenfalls aber verdient diese Geschwulst, sowohl ihres typischen, im Vorstehenden geschilderten Verhaltens wegen, als auch auf Grund ihrer merkwürdigen Eigenschaften, die Aufmerksamkeit der Gynaekologen in höherem Masse als es bisher der Fall gewesen ist.

Herrn Prof. Nagel, welcher mich zur Bearbeitung der beiden beschriebenen Fälle aufforderte, sowie Herrn Geheimrat Gusserow, der mir die beiden Krankengeschichten freundlichst überliess, spreche ich hiermit meinen Dank aus.

Litteratur.

Fehling, Archiv f. Gynaekologie 1876 S. 193.

Johannovsky, Archiv f. Gynaekologie 1877 S. 375.

Reich, Aerztliche Mitteilg. aus Baden 1880 No. 24.

Anderson, Hygiea 1884 S. 25 (Dänisch; cf. Schmidt's Jahrbücher).

Fleischmann, Prager med. Wochenschrift 1886 S. 341.

Budin, L'Union médicale, 1887 S. 945.

Auward, Archives de Tocologie, 1890 S. 789,

Fjodoroff, Journ. f. Geb. u. Fr. 1891 S. 992 (Russisch.)

Grosser, Ueber Vaginalhämatome, Dissertation, Halle a. S. 1892.

Justo, Rivista de la Socied. medic. argent. Buenos Ayres 1892, Mai.

Queirel, Annales de Gynécologie, 1895 S. 224.

N.B. Die Veröffentlichungen von Fjodoroff und Justo waren mir nicht zugänglich.

Thesen.

I.

Das gestielte Scheidenhämatom ist eine von allen übrigen Genitalhämatomen der Frauen streng unterschiedene und eigenartig charakterisierte Bildung.

II.

Die Capazität des Herzens schwankt auch bei demselben Individuum innerhalb physiologischer Grenzen.

III.

Für die Sekretion der Drüsen ist, hinsichtlich der physikalischen Verhältnisse des zuführenden Blutes, abgesehen von dem Druck und der Geschwindigkeit desselben, auch seine Temperatur von wesentlicher Bedeutung.

Lebenslauf.

Ich, Bruno Landau, bin am 7. Oktober 1875 zu Berlin geboren als Sohn des Kürschnermeisters Nathan Landau und seiner Ehefrau Henriette geb. Posner. Ich bin jüdischer Konfession. Im Alter von 6 Jahren trat ich in die 18. Gemeindeschule hierselbst ein, deren beide Unterklassen ich durchmachte. Nach dem Tode meines Vaters im Jahre 1883 wurde ich in die hiesige Baruch-Auerbach'sche Waisen-Erziehungsanstalt für jüdische Knaben aufgenommen, von wo aus ich anfänglich die Bohm'sche höhere Knabenschule, späterhin das Friedrichs-Gymnasium, besuchte. Letzteres verliess ich Oktober 1893 mit dem Zeugnis der Reife, um Medizin zu studieren. Das Physikum bestand ich Ostern 1896, das Staatsexamen 1898, das Rigorosum ein Jahr später.

Meine Studienzeit brachte ich ausschliesslich in Berlin zu. Ich besuchte die Vorlesungen und Kurse folgender Dozenten:

v. Bergmann, du Bois-Reymond†, Burchardt†, Engler, Fischer, Fritsch, Gerhardt, Gusserow, Hertwig, Klemperer, König, W. Krause, Kundt†, Liebreich, Rubner, Salkowski, Schweigger, Senator, R. Virchow, Waldeyer, Winter.

Allen diesen meinen verehrten Lehrern spreche ich meinen Dank aus.